

Nouvelles pratiques sociales

La prévention précoce en question

Michel Parazelli, Sylvie Lévesque et Carol Gélinas

La prévention précoce en question
Numéro 1, hors-série, hiver 2012

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1008623ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1008623ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Parazelli, M., Lévesque, S. & Gélinas, C. (2012). La prévention précoce en question. *Nouvelles pratiques sociales*, (1), 1–15. <https://doi.org/10.7202/1008623ar>



NPS

La prévention précoce en question

Michel PARAZELLI
École de travail social
Université du Québec à Montréal

Sylvie LÉVESQUE
Fédération des associations de familles
monoparentales et recomposées du Québec
(FAFMRQ)

Carol GÉLINAS
Regroupement des organismes
communautaires famille de Montréal (ROCFM)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Afin de compléter et d'enrichir les réflexions sur les enjeux normatifs de la prévention précoce livrées lors des quatre soirées d'échanges et de débats, et dont le lecteur peut prendre connaissance dans l'autre section de ce numéro, nous avons sollicité la communauté scientifique dans le cadre d'un appel à contributions. Nous avons aussi sollicité les acteurs des milieux de pratique pour nous proposer



PRÉSENTATION

des textes présentant leurs réflexions sur des pratiques préventives qui se distinguent de la prévention prédictive. Parmi les articles qui nous ont été soumis, nous sommes heureux de vous offrir cinq articles scientifiques, ainsi que deux notes de recherche. De plus, quatre articles faisant écho à des pratiques alternatives aux approches positivistes ont été ajoutés à la fin de cette section. Finalement, nous avons demandé à Gilbert Levet, psychologue clinicien en institution et en cabinet privé, de rédiger une postface en livrant ses réflexions à partir de sa lecture des articles de cette section.

Avant de présenter les articles de ce dossier, signalons un certain nombre d'éléments de contexte. Rappelons que la montée croissante des approches comportementalistes de la prévention au Québec trouve paradoxalement son principal point d'appui dans les principes énoncés dans la Charte d'Ottawa lors d'une conférence internationale tenue en 1986. De celle-ci a été produite une déclaration commune mettant de l'avant la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales de santé dans une perspective socioécologique pouvant favoriser des environnements sains et des politiques saines. Nous disons «paradoxalement», car certains tenants de cette orientation ne s'attendaient pas à ce que le contenu de la déclaration puisse être interprété comme une volonté politique de responsabiliser les individus en regard de leur santé par le biais de la modification globale des comportements (Ridde, Guichard et Houéto, 2007 : p. 46). Certains mettaient plutôt de l'avant des politiques favorisant davantage une justice sociale et économique pouvant améliorer les conditions de vie, et avoir ainsi un effet sur la santé des personnes vivant en situation de précarité. Tout en soulignant l'influence qu'a eue la Charte d'Ottawa sur le plan international en ce qui regarde le modèle de promotion de la santé, Farges (2006 : p. 102) souligne que «[...] les conceptions de l'éducation pour la santé divergent fortement selon la position des intervenants, ce qui n'est pas sans incidence sur le déroulement des actions de prévention proposées [...]. C'est ainsi que, sur le plan épistémologique, nous pouvons nous interroger sur le recours aux métaphores écologiques et aux attributs sanitaires pour qualifier des milieux de vie et des politiques sociales. Même si pour plusieurs, cela participe de l'idéal de la promotion de la santé et de la prévention, ce type de représentations naturalise les rapports sociaux¹».

Ces glissements idéologiques ont permis de réhabiliter ou de revaloriser des approches scientistes réduisant les problèmes sociaux à des problèmes biologiques, neurologiques, cognitifs et même génétiques, affaiblissant les

1. Mentionnons ici les résultats de recherche de PELCHAT, GAGNON et THOMASSIN (2006) qui ont qualifié de «sanitarisation du social» l'orientation globale des politiques visant à lutter contre l'exclusion sociale en France et au Royaume-Uni.

visées démocratiques de l'intervention sociale. C'est pourquoi cette vision de la prévention précoce, toute « scientifique » soit-elle, réduit considérablement la complexité des dynamiques humaines et sociales en simplifiant la réalité. Il est alors plus facile d'imaginer avoir trouvé des causes de phénomènes quand on réduit ces derniers à un nombre restreint de variables observables pouvant être soumises à des expériences et à des tests de corrélations statistiques ou visualisées grâce à l'imagerie cérébrale (Parazelli, 2010: p. 4)².

De façon déconcertante, ces modèles biologiques de la prévention précoce sont très simplistes dans l'analyse des causes des troubles de conduite chez les enfants et les adolescents. Ils excluent plusieurs facteurs sociaux, culturels, politiques, symboliques, idéologiques, etc., qui entrent en jeu dans ce type de réalités sociales complexes. On oublie surtout comment, dans l'histoire, la définition de ce qui est normal ou pathologique a changé sous la pression sociale et culturelle. En analysant de façon critique les changements opérés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en ce qui regarde les nouvelles catégories des troubles mentaux, Lane (2011 : 157-158) avance que la tendance actuelle se :

[...] traduit par une compréhension sursimplifiée du cerveau, du rôle de la sérotonine ou de la dopamine, qui d'une façon ou d'une autre expliquerait pourquoi une personne est antisociale et pourquoi une autre est socialement anxieuse, pourquoi une autre est déprimée et une autre hyperactive. [...] Aussi, l'idée d'une causalité simple s'écroule face à l'examen des faits et, malgré tout, ce modèle conserve une énorme influence.

L'influence de ce type de simplification scientifique des troubles de comportement est renforcée par une médicalisation de ces mêmes troubles, pensons seulement au ritalin. À propos de cette conception médicale des troubles de conduite, Gori (cité dans Schauder, 2008: p. 564) remarque

[...] qu'en médicalisant les déviations sociales ou les troubles des conduites, on justifie le caractère naturel des normes et on excuse dans le même mouvement l'environnement des symptômes qui affectent le sujet. C'est ce désaveu de l'Autre qui œuvre dans la transformation des symptômes, des souffrances psychiques ou sociales en troubles du comportement. Le sujet se trouve réduit à la somme de ses comportements, et ses déviations sociales procèdent d'une mauvaise gestion de son économie psychique. Cette économie psychique se trouve réduite à un dysfonctionnement neuronal, à un déficit neurodéveloppemental ou à de mauvaises habitudes éducatives. Nous sommes ici en présence d'une nouvelle phrénologie qui puise ses racines dans les théories déterministes du XIX^e siècle [...]

2. Pour en savoir plus sur les approches théoriques des programmes de prévention précoce au Québec, voir la présentation de l'autre section de ce même numéro consacrée aux conférences des tournées d'échange et de débat sur la prévention précoce.

Cette tendance est d'autant plus inquiétante qu'elle s'affirme à l'échelle internationale. Mentionnons les résultats d'une analyse comparative des discours des politiques de santé publique quant aux rôles joués par les déterminants sociaux et politiques dans l'explication de l'état de santé et des inégalités de santé entre le Québec, le Canada et la France (Ridde, 2004). Cette étude nous montre que si les politiques visant la réduction des inégalités sociales y occupent une place, ces intentions demeurent à l'état discursif, et l'on n'accompagne pas ces politiques de mesures concrètes pouvant vraiment agir sur les déterminants sociaux et politiques qui engendrent de l'injustice sociale. Selon Ridde (2004 : p. 348), si la perspective économique du début des années 1990 associé au modèle de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) axé sur la modification des comportements et des attitudes individuelles relatives aux habitudes de vie a fortement influencé la santé publique québécoise, c'est l'approche écosystémique qui en aurait coloré la spécificité :

C'est peut-être pour éviter les débats autour du modèle de l'ICRA que les spécialistes québécois de la santé publique ont préféré s'orienter vers un modèle plus systémique. Bien que la démarche du groupe canadien [ICRA] constitue la toile de fond des propositions théoriques québécoises, le ministère de la Santé s'appuie sur un cadre d'analyse systémique développé au milieu des années 1990 (Clarkson et Pica, 1995). S'inspirant des stratégies d'actions de la politique de santé et de bien-être de 1992, des recommandations à l'attention des décideurs de la politique de santé mentale du Québec et enfin des réflexions écologiques de Bronfenbrenner, Clarkson et Pica (1995) ont proposé un cadre d'analyse comportant cinq paliers agissant sur la santé et le bien-être des individus. Les déterminants de la santé, en interaction permanente au sein d'un système ouvert, sont les caractéristiques de l'individu, le milieu immédiat de vie de ce dernier, son réseau d'appartenance, ses conditions sociales et l'environnement physique et enfin, les normes, valeurs et idéologies dominantes.

À propos du modèle québécois de santé publique, Ridde (2004 : 348-349) ajoute que :

[...] l'accent mis sur les caractéristiques des individus et leurs comportements personnels a pour corollaire la dépréciation de l'influence des déterminants sociaux et politiques. De plus, le modèle a été presque exclusivement appliqué dans une visée descriptive, permettant à l'ISQ [Institut de la santé publique du Québec] de disposer d'un plan, mais peu explicite lorsqu'il s'agit de comprendre l'interaction des multiples paliers pour expliquer l'état de santé et de bien-être des Québécois.

On peut retracer au Québec un exemple historique de cette interprétation comportementaliste de la promotion de la santé dans le rapport d'experts sur les jeunes publié en 1991 et intitulé *Un Québec fou de ses enfants* (Québec, 1991). Ce rapport a contribué à influencer l'orientation de

la réforme des services sociaux de 1992 évoquée par Ridde (2004) précédemment. Le cadre de référence théorique de ce rapport s'inscrivait clairement dans une perspective écologique du développement de l'enfant, selon une conception béhavioriste de la prévention précoce en mettant l'accent sur l'intervention dès la grossesse, dont le développement de compétences et d'habiletés, ainsi que des mesures d'atténuation du stress parental considéré comme étant à l'origine des mauvais traitements envers les enfants. Par ailleurs, les auteurs du rapport ont qualifié de « prévention tardive » les actions entreprises auprès des jeunes de la rue notamment (Québec, 1991 : p. 167). En raison des nombreuses coupures dans les services sociaux, à l'époque, et du sentiment d'impuissance vécu par de plus en plus d'intervenants, l'objectif visant à soutenir le développement des enfants donna lieu à une forme de consensus moral. Par la suite, plusieurs programmes expérimentaux virent le jour et, dès l'année 2000, trois ministres du Parti québécois octroyèrent 22 millions de dollars sur six ans pour l'application d'un programme de prévention précoce intitulé *Programme de soutien aux jeunes parents* dont la conception s'inspirait des travaux de Richard Tremblay, directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE), principal promoteur québécois de l'approche biopsychologique et partenaire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans ce domaine. Tel qu'il avait été présenté, ce programme avait pour finalité la prévention dès la grossesse de la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale auprès des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes mères monoparentales).

Ajoutons que, depuis 2007, des partenariats publics/philanthropiques contribuent à ancrer fermement dans les milieux locaux cette orientation comportementaliste de la prévention en alliance avec plusieurs acteurs de la santé publique et des services sociaux. On n'a qu'à penser à Québec en forme, Avenir d'enfants et Réunir, réussir (R²), pour ne citer que les plus récentes organisations soutenues financièrement par la Fondation André et Lucie Chagnon et le Gouvernement du Québec (près d'un milliard de dollars). Ce type de gouvernance soulève d'importantes questions autour des enjeux démocratiques de l'intervention sociale dont l'imputabilité d'un acteur privé, mais aussi sur la place accordée à la participation des familles à la définition des problèmes et des solutions, ainsi qu'à la place des services sociaux publics eux-mêmes. C'est pourquoi nous proposons dans ce dossier d'examiner un certain nombre d'enjeux sociopolitiques entourant ce contexte qui dépasse les frontières québécoises et où des acteurs du monde scientifique jouent un rôle stratégique à titre de promoteurs de bonnes pratiques pouvant avoir une influence considérable sur les décideurs politiques. C'est pourquoi nous présentons, d'une part, des articles qui interrogent les fondements épistémologiques de ce type d'approches ainsi que son orientation politique et, d'autre

part, des auteurs qui abordent de façon critique les objectifs et les pratiques de normalisation de la parentalité et de l'enfance. Nous terminons cette présentation en examinant les choix possibles quant au type de prévention qui correspond davantage à nos aspirations démocratiques.

PRATIQUES THÉORIQUES DE LA PRÉVENTION ET IDÉOLOGIE NÉOLIBÉRALE

Trois articles abordent les questions théoriques en lien avec les enjeux politiques et sociaux de la prévention précoce. Tout d'abord, dans un texte intitulé «La nouvelle philanthropie: coup d'œil sur les impacts de sa présence en sol québécois», Élise Ducharme, détentrice d'une maîtrise du Centre Urbanisation Culture Société de l'Institut national de la recherche scientifique, soulève la question de la présence croissante du privé et de la société civile dans des secteurs où les gouvernements agissaient auparavant. Cette nouvelle philanthropie serait considérée comme la deuxième génération de «philanthropie scientifique» issue des États-Unis appelée aussi le mouvement du «philanthrocapitalisme». Elle cite, en exemple, la Fondation Lucie et André Chagnon, dont la mission n'est pas seulement de soutenir les activités des organismes communautaires: «Elle souhaite intervenir en modifiant les manières de faire dans l'objectif avoué d'être plus efficace qu'eux et que l'État.»

En effet, pour cette fondation, il ne s'agirait plus d'attribuer des fonds à des organismes qui orientent leur travail de façon autonome, mais d'orienter les manières de définir les problèmes avec des problématiques ciblées et de penser les solutions dans une logique de marché axée sur la performance, l'efficacité et l'évaluation de rendements prédéterminés. Selon Ducharme, le projet politique motivant le choix de la fondation à investir ses fonds dans la prévention précoce de la pauvreté et de la maladie est avant tout économique dans un esprit de rentabilité. Il s'agirait d'assurer au marché un capital humain concurrentiel, en bonne santé mentale et physique, et ce, en investissant dès la naissance. Ce choix politique s'appuie sur certaines recherches scientifiques en neurobiologie à partir desquelles des chercheurs disent connaître non seulement l'origine des troubles de comportement et des problèmes d'adaptation des jeunes, mais aussi les meilleures pratiques pour les prévenir. L'auteure ajoute que: «Dans une société de plus en plus tournée vers l'économie du savoir et avec le vieillissement de la population, la bonne santé de la population et la performance économique des générations futures sont essentielles au maintien de l'ordre actuel.» Et, comme le soulignent Dufour *et al.* (2007: p. 2),

La notion d'investissement social sera alors proposée comme une réponse permettant d'allier une saine gestion publique à une intervention de l'État dans le domaine social. Finalement, la perspective de l'investissement social (PIS) se caractérise par la relégitimation de l'action de l'État en partenariat avec les acteurs privés. L'État, via ses politiques sociales, intervient auprès des enfants « à risque » et aide les familles « à sortir de la pauvreté ». La prévention de l'exclusion est alors moins une question de justice sociale et d'équité qu'une façon d'investir dans le futur pour bâtir une « société active ».

Ducharme conclut en affirmant que cette tendance contribue malheureusement à l'uniformisation des points de vue, missions et actions des organismes communautaires selon une logique top-down en ce qui regarde les manières d'intervenir et de mener un projet dans la communauté. Ce type de rapport transformerait les organismes communautaires en « simples pourvoyeurs de services », changeant ainsi la vocation de ces organismes en les intégrant aux projets de la fondation.

De son côté, Marie-Eve Sylvestre, professeure en droit civil de l'Université d'Ottawa, aborde les questions entourant les enjeux normatifs et politiques des choix des catégories scientifiques pour désigner les personnes visées par les programmes de prévention précoce en étudiant celle des « vulnérables ». Comme les mots ne sont jamais neutres, elle explore pour nous l'ouvrage d'Hélène Thomas, intitulé *Les vulnérables – La démocratie contre les pauvres*, qui traite justement de cette question de façon critique. Elle constate que nous serions passés de la lutte contre la pauvreté à la lutte contre les pauvres devenus vulnérables. Ce changement discursif aurait des conséquences majeures du fait de changer les termes de la citoyenneté et de développer « une industrie de la vulnérabilité, transformant les pauvres en sujets de secours et de contrôle, mais non de droits ». Devenue une cause de la pauvreté, la vulnérabilité s'ajouterait au vocabulaire de la santé publique concernant les groupes à risque (facteurs de vulnérabilité) et glisserait ainsi dans une lecture biomédicale de la pauvreté (Parazelli, 2009). Ainsi, la pauvreté ne serait plus « une question de liberté, d'égalité et de solidarité sociale, mais bien une question d'équité, de sécurité et de dignité humaine ». Ce glissement idéologique par la catégorisation sociologique de certaines personnes parfois appelées exclus, pauvres, défavorisés, etc., ferait en sorte non pas de diminuer les inégalités, mais de les rendre acceptables et de passer du registre des droits à celui de l'assistance et de la compassion. L'auteure s'engage ensuite dans une discussion fort intéressante sur le rôle joué par la recherche scientifique dans cette entreprise normative de désignation sociale. C'est ici qu'elle marque son désaccord avec Thomas en ce qui concerne l'usage des mots et de la recherche entourant les personnes en situation de pauvreté, en affirmant qu'il est toujours possible d'utiliser la

recherche et même les mots convenus par l'air du temps dans une perspective favorisant les personnes dites vulnérables. Il n'y aurait pas de pure lecture conceptuelle de la réalité sociale à l'abri de la réduction des phénomènes.

La double logique positiviste et économique de la prévention précoce auprès des enfants s'appliquerait également auprès des criminels dans le champ carcéral pour mesurer le risque de récidive, comme le démontre Emmanuel Aubert, psychologue dans son article tiré de sa thèse de doctorat et intitulé « Le positivisme dans la prévention de la récidive : quand la "science" nourrit le contrôle social ». Aubert soutient qu'il existerait « un continuum sociojuridique entre la prévention élaborée chez l'enfant présentant des dérèglements comportementaux (à tort perçu comme un délinquant en puissance) et l'évaluation du risque élaborée auprès de celui qui – antérieurement qualifiable d'enfant « difficile » ou « à problème » – est devenu, de fait, un délinquant à l'âge adulte ». C'est à partir de méthodes valorisant la compréhension objective et empiriste telles que la méthodologie actuarielle que s'élabore l'évaluation préventive des criminels quant à la probabilité de récidive, et ce, au détriment du soin et du jugement clinique du professionnel. D'ailleurs, dans ce domaine, le psychologue constate la même détérioration du principe d'égalité des droits que l'auteure précédente. C'est en évoquant le recours aux outils psychométriques et les fondements statistiques de leur conception que l'auteur nous présente certains critères associés aux échelles actuarielles servant à évaluer le risque de récidive : « la consommation d'alcool, les condamnations antérieures, la nature de l'organisation familiale durant l'enfance (divorce, famille monoparentale, etc.), les antécédents psychiatriques, divers traits de personnalité, les problèmes de discipline scolaire à l'enfance, etc. ». À l'argument d'une plus grande rigueur dans l'évaluation des situations que ces outils peuvent offrir, Aubert rétorque que la doctrine utilitariste de ce modèle actuariel non seulement nie la complexité de ces situations, mais elle demande également au clinicien de renoncer à son intelligence critique en se soumettant à ces pratiques techniques. En s'inspirant des théories du panoptisme et du biopolitique de Foucault, l'auteur poursuit son article en élaborant des réflexions épistémologiques pertinentes sur les conséquences politiques résultant d'une alliance entre la psychologie comportementale, le positivisme empiriste, l'actuariat économique et l'utilitarisme de Bentham. Selon lui, ces quatre champs théoriques possèdent un axe commun : « la rationalisation des objets d'études dans une logique qui exclut à la fois l'âme et la morale. Il s'agit, pour chacune de ces disciplines, d'une réification, c'est-à-dire d'une démarche visant à saisir un objet d'étude abstrait par une voie concrète et saisissable, à travers un réductionnisme qui facilite la palpation tangible des choses, son observabilité ».

En dehors du projet politique néolibéral d'entretien et de restauration des compétences concurrentielles de la nouvelle génération de travailleurs, il importe de se poser la question sur l'attrait potentiel de ce type d'approche dans notre société.

EXPLOITATION D'UN CONTEXTE D'INCERTITUDE NORMATIVE

Dans le contexte où l'hyperindividualisme (Aubert, 2004) et le « réagencement néolibéral des politiques sociales et privées » (Karsz, 2006: p. 32) renforcent le climat d'incertitude normative, et où, dit-on, les classes sociales n'existeraient plus, comment désormais expliquer l'existence même des inégalités sociales qui se développent actuellement dans nos pays respectifs ? On observe au Québec que l'écart entre riches et pauvres s'est maintenu et qu'il a parfois augmenté sur le plan de la mortalité (Baril, 2011). Comment expliquer cela en l'absence d'une théorie de la lutte des classes par exemple ? Les mêmes questions peuvent se poser en regard des rôles parentaux et de l'éducation des enfants dans un contexte de pluralisme sur le plan des compositions familiales et des valeurs. Ne pourrait-on pas penser que cette incertitude théorique sur les causes des phénomènes macrosociaux, et l'inquiétude subjective qui en résulte, fait en sorte de susciter chez les intervenants, les gestionnaires, les politiciens et les citoyens le désir d'avoir une réponse claire à ces questions, de donner un sens au développement de ces inégalités sociales et d'être rassurés sur le plan de la santé développementale des enfants ?

Les théories biopsychologiques, écologiques et éthologiques associées aux programmes de prévention précoce proposent une interprétation scientifique de ces inégalités à travers une lecture sanitaire de la pauvreté qui réduit la norme sociale à un donné naturel. On peut douter d'une idéologie, mais pas d'une épidémie. La perspective biologique rassure aussi, car elle prétend atteindre l'objectivité. C'est d'ailleurs au nom d'une supposée objectivité morale que la santé publique relaie ces approches pour intervenir sur les familles à risque en promouvant un idéal de santé et de parentalité (Massé, 1998). Cette quête de repères normatifs stables ou absolus assurant le développement sain de l'enfant n'alimenterait-elle pas ce processus de normalisation ? « Derrière l'idée sous-jacente d'un cadre relationnel optimal pour le bébé, n'y a-t-il pas un modèle de la bonne famille, de la parentalité adéquate, avec la normalisation douce de la relation idéale, suffisamment bonne, mais pas trop, qui implique la bonne personne [la mère] en négligeant les autres ? » (Neyrand, 2002: p. 4.)

Eu égard à ces questions, deux articles signés par André Turmel, professeur en sociologie de l'Université Laval, et Anne-Marie Piché, professeure en travail social à l'UQÀM, nous offrent des lectures intéressantes des attentes sociales face aux normes du bon développement de l'enfant et de son corollaire, les compétences parentales. Turmel retrace six grands moments dans l'histoire moderne du monde occidental ayant contribué à construire une science de l'enfance et, du coup, l'enfance elle-même. Il mentionne d'abord les avancées scientifiques de la prévention de la mortalité infantile avec la pasteurisation du lait, la vaccination et l'immunisation contre les maladies infantiles, pour ensuite évoquer le développement de la mesure statistique du poids et grandeur des enfants. Cet encadrement scientifique construit progressivement l'idée de moyenne statistique situant ainsi une norme standard dite objective à partir de laquelle les parents recevaient des recommandations de soins et d'alimentation en fonction de certains critères de bonne santé et de normes de croissance. Viennent par la suite les travaux de Piaget et de la pédiatrie sur le développement de l'enfant instituant à travers cette perspective développementaliste le « dispositif cognitif collectif » actuel et hors duquel nous ne pouvons imaginer penser le phénomène de l'enfance, selon l'auteur. En s'inspirant de la sociologie de la traduction, Turmel formule l'hypothèse que les technologies elles-mêmes ont joué un rôle non négligeable dans le processus de normalisation de l'enfance ; le ritalin assurant ainsi la continuité des tables de poids et de grandeurs d'antan. L'anxiété des parents désirant le mieux pour leur enfant viendrait renforcer la production de repères normatifs communs eu égard à la croissance de leur enfant participant paradoxalement à ce processus de normalisation : « De la norme, on observe ensuite que nos sociétés glissent de façon imperturbable vers une forme de normalisation. Car les parents tendent à vouloir que leurs enfants se conforment aux prescriptions des graphiques, hantés qu'ils sont par la crainte que leurs rejetons soient "anormaux" ».

Si les parents tendent à désirer la norme scientifique pour leur enfant, c'est parce que les technologies accompagnant le discours scientifique agissent comme des actants et qu'un contexte politique d'autorité leur confère sociosymboliquement un pouvoir supérieur au jugement des parents. L'article de Piché sur les contextes d'interactions entourant les parents qui ont choisi d'adopter un enfant à l'étranger et qui sont encadrés par des intervenants de la protection de la jeunesse met bien en lumière ce type de tensions. Ici, c'est à travers la prescription de l'attachement venant des travailleurs sociaux et adressée aux parents adoptants que les questions de normalisation des compétences parentales par la prévention précoce se posent. L'auteure nous montre comment la théorie de l'attachement est présentée comme condition d'un développement normal de l'enfant dans une situation considérée à risque, car ces parents ne bénéficient pas d'un lien précoce. De plus, selon

la chercheuse, la valorisation psychologique de l'enfant et l'exclusivité du lien filial promue par une classe sociale dominante en Amérique du Nord et en Europe font en sorte d'accroître la valorisation des premières années de l'existence de l'enfant. Ce qui ne va pas sans causer de l'anxiété chez les parents soucieux de leur propre accomplissement de soi à travers ce rôle. Il n'est donc pas étonnant que la théorie de l'attachement connaisse une telle popularité, car elle dit offrir des repères scientifiques et objectifs fondés sur l'éthologie des comportements, laissant entendre que les lois du développement de l'enfant n'ont plus de secret.

On voit dans cet article comment des parents, dans ce contexte d'autorité scientifique (Parazelli et Dessureault, 2010), se conforment à cette prescription en s'appropriant le savoir scientifique pour acquérir ce type de compétence et devenir en quelque sorte l'intervenant de leur enfant, imaginant ainsi compenser le manque de lien naturel parental :

Ceci confronte énormément la croyance de plusieurs d'entre eux qu'ils peuvent maîtriser ce processus et effectuer un réel « choix » d'enfant en adoptant. Le recours à ces prescriptions spécialistes devient alors pour eux une nécessité, une plus-value pour guider l'accueil d'un enfant qu'ils ne connaissent pas et pour lequel très peu d'informations leur ont été communiquées concernant son histoire sociale, son milieu culturel, ses besoins physiques et affectifs, ses « empreintes sensorielles ».

C'est ce que l'auteure a qualifié de « stress de performance », d'autant plus que plusieurs de ces parents se sont dits « obsédés par un objectif de réparation des carences de leur enfant dans les premiers temps ». Cependant l'auteure ajoute que « L'inquiétude d'un rapport d'autorité de l'intervenant comme "observateur de la qualité du lien" est ici appelée »³. Par ailleurs, des parents ont découvert que d'autres aspects que la théorie de l'attachement, mais rattachés à la vie de leur enfant étaient déterminants :

Parmi ceux-ci, ils ont mentionné l'importance des autres adultes, des frères et sœurs, de milieux de garde de qualité, de prendre du répit et de la distance de leur enfant au besoin. La personnalité de leur enfant et sa force à surmonter ses peurs et bouleversements à la suite de l'adoption ont aussi joué un rôle. Le fait de constituer une équipe parentale forte et flexible ou de se construire un réseau d'amis compréhensifs et présents dans le cas des célibataires a joué un rôle majeur.

L'auteure conclut que si la promesse de maîtrise du lien de la part des spécialistes de la prévention précoce reconforte les parents, la réalité est tout autre.

3. C'est ici que la frontière entre le sens que nous donnons parfois à l'*empowerment* et à celui de l'*aliénation* est très mince.

Il n'y aurait pas que les parents qui vivraient de l'anxiété par rapport aux choix des repères normatifs du développement de l'enfant, les intervenants aussi ont à composer avec le phénomène d'autorité. Dans le cadre de la nouvelle gestion publique, est-il possible d'imaginer la mise en place d'une chaîne d'instances ayant pour fonction de rassurer l'ensemble des acteurs participant à quelque niveau que ce soit aux projets de prévention de masse (Parazelli, 2006)? Telle une cascade, les experts (même en relations conflictuelles entre eux) produisent les discours scientifiques permettant aux responsables politiques et gestionnaires publics de légitimer leur choix d'orientation par la validité supérieure ainsi accordée à certains points de vue parmi l'ensemble des possibilités qui se présentent à eux. Persuadés de la «rectitude» scientifique de ces cadres d'interprétation et d'actions, les administrateurs de la santé publique et les concepteurs de programmes se sentent alors plus qu'autorisés à imposer ces choix aux fonctionnaires de leurs services afin qu'ils coordonnent la mise en œuvre des programmes à être appliqués par les intervenants eux-mêmes. Ces intervenants sont donc à leur tour rassurés par ces fonctionnaires qui prennent bien soin de leur signaler la validité des fondements scientifiques de ces programmes testés objectivement par d'imposantes recherches longitudinales (souvent d'origine états-unienne). Confortés par la certitude scientifique de leurs interventions, certains intervenants n'hésiteront pas à appliquer, en toute confiance, ces programmes tout en rassurant eux-mêmes les populations à risque visées par ces programmes quant au bien-être qu'elles pourront en retirer en en bénéficiant.

QUELLE(S) PRÉVENTION(S) CHOISIR ?

Nous terminons cette section du numéro spécial par deux notes de recherche et quatre articles exposant des pratiques dites préventives, mais alternatives aux approches positivistes prépondérantes. Chacun à leur manière, ces articles participent aux efforts de différenciation et de spécification des pratiques préventives auprès des enfants et des jeunes en insistant sur les dimensions politiques ou sociales.

La première note de recherche est rédigée par Martin Dufresne, professeur de criminologie à l'Université d'Ottawa. Son propos se veut une critique des positions critiques entourant le rapport d'expertise collective de l'INSERM à propos du trouble de conduite chez l'enfant et l'adolescent, en 2005. Reprenant les grandes lignes de ces critiques, il propose une lecture des enjeux en s'inspirant de la sociologie de la traduction pour s'éloigner d'une vision machiavélique de la science et tenter de ne pas simplement reprendre les termes opposés d'un «dialogue de sourds». L'auteur souligne que si la conception biologique des comportements antisociaux tend

à prédominer dans l'espace politique et professionnel, c'est à cause de la solidité du réseau des sciences biologiques qui, à partir d'un raisonnement de départ donné (ici l'idée qu'un élément biologique déterminerait un comportement antisocial), arrive à propager des vérités partielles qui sont à leur tour corrélées par d'autres recherches. Un emballement du réseau des chercheurs, dynamisé par les articles dans les revues scientifiques et les citations de chercheurs entre eux, ferait en sorte de rendre des théories naissantes plus valides qu'elles ne peuvent l'être en réalité. Il évoque la présence de tous les autres acteurs tels que les bailleurs de fonds, les gouvernements, les instituts, etc., qui ajoutent une couche supplémentaire de traduction de ce raisonnement de départ, complexifiant ainsi le jeu politique des acteurs entourant la prévention précoce et ses vertus supposées. Cette piste de recherche peut nous aider à comprendre pourquoi un raisonnement scientifique réducteur peut tout de même être puissant et emporter l'adhésion de plusieurs.

La deuxième note de recherche offerte par Marie-Laure Cadart, médecin et anthropologue, retrace le contexte d'origine des débats entourant la prévention précoce en France en présentant des arguments du monde de la psychologie et des sciences humaines. On apprend que dans les années 1960, malgré l'intérêt d'une « promotion sanitaire et sociale » auprès des familles, certains spécialistes de la petite enfance exprimaient déjà les dérives possibles d'une prévention prédictive standardisée qui stigmatiserait les enfants en milieux défavorisés. L'auteure donne un exemple du type de dérive anticipée :

Se référant à la psychanalyse, il [Pr Michel Soulé] met en garde contre une idée simpliste de la prévention qui se réduirait à de l'éducatif et de l'apprentissage, sans prendre en compte les effets de l'inconscient : « On a voulu pendant longtemps situer la prévention des troubles de l'enfant dans une meilleure éducation qui éviterait des “traumatismes” et des “erreurs éducatives”, cette perspective conduisant à une information, voire à une “école” des parents. »

On apprend aussi qu'un projet de prévention de masse visant la surveillance médicosociale d'enfants sélectionnés à risque a vu le jour en 1980. Il s'agit du projet Gestion autonome de médecine infantile (GAMIN). Il est toutefois abandonné à la suite d'un avis défavorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Comment expliquer la résurgence en 2005 d'un projet semblable en France et qui donna lieu au mouvement de protestation Pasde0deconduite ? Cadart répond en évoquant les ravages de l'idéologie néolibérale dans les milieux professionnels où la confiance fait place à la suspicion, rendant très difficile le dialogue entre disciplines, « au profit de pratiques “à efficacité immédiate”, seules reconnues dans cette idéologie qui nie le travail de terrain et ses bases théoriques jusque-là sous-jacentes ».

Présentons maintenant les quatre articles exposant des exemples de pratiques préventives s'adressant autant aux enfants, aux familles qu'aux adolescents et jeunes adultes. Il s'agit d'abord d'un texte à saveur politique rédigé par Carole Drolet, du Bureau de consultation jeunesse, et intitulé, « Une expérience citoyenne, des parents prennent la parole ». Ce texte fait état de la mobilisation d'un groupe de jeunes mères impliquées au Bureau de consultation jeunesse (BCJ) et qui, interpellées par l'enquête sur la Maturité scolaire menée par la Direction de la santé publique de Montréal, ont décidé de s'exprimer, de s'impliquer et de revendiquer leur place dans les décisions politiques les concernant. Le deuxième texte rédigé par Irène Krymko-Bleton, professeure en psychologie à l'UQAM et fondatrice de La Maison buissonnière, est intitulé « Prévenir autrement : la prévention primaire à La Maison buissonnière ». On y présente les principes et les pratiques de prévention inspirées de la Maison Verte mise en place par la psychanalyste française Françoise Dolto et les acquis de la psychanalyse du pédiatre anglais Winnicott. La Maison buissonnière accueille depuis vingt ans des nourrissons et les enfants de moins de 4 ans accompagnés de leurs parents ou de leurs proches dans une visée de socialisation précoce et de prévention précoce et primaire.

Le troisième article nous vient de Sylvie Melsbach et Claudette Pitre-Robin, du Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPEM). Il s'intitule « Implantation des principes de l'approche piklérienne (Lóczy) dans des Centres de la petite enfance de la Montérégie ». On y expose une approche centrée sur l'accueil en collectivité des enfants de 0 à 3 ans et basée sur la relation privilégiée entre l'enfant et l'adulte, sur la valeur de l'activité autonome et sur la motricité libre. Ensuite un article intitulé « Pour de réelles pratiques de prévention primaire à partir du travail de rue » nous est offert par Nicolas Murcier et Laurent Ott, tous deux de l'École de formation psychopédagogique à Paris. Face au discours sécuritaire visant les jeunes à risque, les auteurs nous présentent leur approche du travail de rue, qui leur permet d'appréhender l'enfant d'une façon à la fois plus globale et plus complexe, et qui lui permet d'échapper pour un temps aux effets pervers d'un étiquetage précoce.

Nous vous invitons à lire cette section de ce numéro spécial qui répond à notre objectif d'offrir aux lecteurs différents points de vue critiques provenant du monde scientifique et de la pratique d'intervention sur cette tendance internationale qu'est devenue la prévention précoce des problèmes d'adaptation sociale des enfants et des jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT, N. (dir.) (2004). *L'individu hypermoderne*, Toulouse, Érès.
- BARIL, H. (2011). «L'écart entre riches et pauvres croît plus vite au Canada qu'aux É.-U.», *La Presse*, 13 septembre 2011.
- DUFOUR, P., DOBROWOLSKY, A., JENSON, J., SAINT-MARTIN, D. et D. WHITE (2007). «L'investissement social au Canada. Émergence d'un référentiel global sous tension», Document préparé pour un mélange en l'honneur de Bruno Jobert : Olivier Giraud et Philippe Warin, *Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte/Montréal, Université de Montréal.
- FARGES, É. (2006). «La sanitarisaiton du social: les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire», *Lien social et Politiques*, n° 55, 99-112.
- KARSZ, S. (2006). «Nicolas Sarkozy, une certaine vérité de l'action sociale?», *Actualités sociales hebdomadaires*, 7 juillet, n° 2463, 31-32.
- LANE, C. (2011). «La médicalisation des sentiments par la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique», dans Collectif Pasde0deconduite (dir.), *Les enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond!*, Toulouse, Érès, 151-158
- MASSÉ, R. (1999). «La santé publique comme nouvelle moralité», dans P. Fortin, *La réforme de la santé au Québec*, Cahiers de recherches éthiques, n° 22, Montréal, Fides, 155-174.
- NEYRAND, G. (2002). «La prévention précoce, une démarche paradoxale», *Dialogue*, vol. 3, n° 157, 3-13.
- PARAZELLI, M. (2009). «La pauvreté n'est pas une maladie!», *Relations*, n° 731, 22-24.
- PARAZELLI, M. (2006). «La prévention précoce au Québec: prélude à une biologie de la pauvreté?», dans Collectif Pasde0deconduite, *Prévention, dépistage des troubles du comportement chez l'enfant?*, Actes du colloque «Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans», 17 juin 2006, Paris, Société française de santé publique, 71-80.
- PARAZELLI, M. et S. DESSUREAULT (2010). «Prévention précoce, nouvelles gestion publique et figures d'autorité», *Les politiques sociales*, n°s 1 et 2, 13-26.
- RAEBURN, J. (2007). «Charte d'Ottawa: réflexions des antipodes», *Promotion et éducation*, vol. 14, supplément n° 2, 41-42.
- PELCHAT, Y., GAGNON, E. et A. THOMASSIN (2006). «Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale», *Lien social et Politiques*, n° 55, 55-66.
- MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du Groupe de travail pour les jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- RIDDE, V. (2004). «Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé», *Recherches sociographiques*, vol. 45, n° 2, 343-364.
- RIDDE, V., A. GUICHARD et D. HOUÉTO (2007). «Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver: agir pour une "égalité équitable des chances"», *Promotion et éducation*, vol. 14, supplément n° 2, 44-47.
- SCHAUDER, C. (2008). «Pourquoi une telle prévention contre la prédiction en psychiatrie», *L'Information psychiatrique*, vol. 84, n° 6, 561-568.